FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 **THÈSE** N° 5

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Esfandiar KARIMI

Né le 7 Août 1934, à TÉHÉRAN (Iran)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ARTHRITES SUPPUREES

(non tuberculeuses)

CHEZ L'ENFANT

Président : Monsieur FEVRE (Professeur)

D. P. TAIB
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Université)

par

Esfandiar K A R I M I
Né le 7 Août 1934 à Téhéran (Iran)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ARTHRITES SUPPUREES (non tuberculeuses) CHEZ L'ENFANT.

-:-

Président : Monsieur FEVRE (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1961

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		DELMAS (A)
Anatomie pathologique		DELARUE (J)
Anesthésiologie		BAUMANN (J)
Bactériologie		FASQUELLE (R)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale		FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	(Beaujon	SICARD (A)
	(Cochin	QUENU (J)
	(Hôtel-Dieu	PATEL
	(Saint-Antoine	GOSSET (J)
	(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
		CORDIER (G)
		LORTAT-JACOB
		LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)		de GAUDART d'ALLAINES(F)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique(Pitié)		DECOURT (J)
Clinique génétique médicale(E.Mal)		LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P)

		MM.
Gérontologie		BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		GARCIN (R)
Cliniques médicales	(Cochin	BROUET
	(Cochin	JUSTIN-BESANCON(L)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	(Broussais	SOULIE (P)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R)
	(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique		de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M)
	(Port-Royal	VARANGOT
	(Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.		LEPAGE
Clinique ophtalmologique		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire		TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L)
Clinique de puériculture		LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)		COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale		DJOURNO (A)
Embryologie		GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		de SEZE
Histologie		VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anasthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie	NEVOT (A) pr.s.ch. BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) pr.s.ch. POLONOVSKI (J) m.con SCHAPIRA (G) pr.t.p.
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H

	MM.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J)
Histologie	COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)
Médecine légale	DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)
Orthopédie	CUDET (R) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
	MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	PLAS (F)
	RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
	CATINAT (J)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H)m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R)
	MANDE (R)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
	LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P)
	CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P)
	LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	ABOULKER (P) AMELINE (A) HUGUIER (J) OLIVIER (C) PADOVANI (P) POILLEUX (F) ROUX (M) VERNE (J.M.)	Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) RAVINA (J) DESVIGNES (P)
	HAGUENEAU (J) pr.s.ch.	Clinique ophtalmol.	OFFRET (G)
Clinique médicale	DOMART (A) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)	Clinique oto-rhino-laryng.	MADURO (R)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
		Clinique psychiatrique	BARUK (H)
		Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale ..... ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J)
Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H)
Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque ..... M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour leur inlassable dévouement

A mes Soeurs et à mon Beau-Frère

A la mémoire de mes Grands-Parents.

A ma Femme et à ma Fille Vida Marie-Christine

A la mémoire de mes Beaux-Parents

A Monsieur le Professeur M. FEVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
infantile et d'Orthopédie à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

Avec nos sentiments de
déférente gratitude.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Hommage respectueux

A Messieurs les Membres de mon Jury
de thèse

A Monsieur le Docteur Pierre FELDMAN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien Chef de l'Hôpital de
GONESSE.

En témoignage de très
sincère remerciement et
de profonde reconnaissan-
ce pour son enseignement
et sa compréhension pen-
dant mon internat dans son
service

A Monsieur le Docteur Pierre LESIEUR

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien Chef du Centre Hospitalier de Dieppe

Qui a encouragé nos débuts,

Avec notre affectueuse reconnaissance

A Monsieur le Docteur Jacques DUBRAY-VAUTRIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien des sanatoriums publics,
Chirurgien du Centre Hospitalier de Dieppe

Dont l'aide précieuse a été déterminante.

A Monsieur le Professeur Agrégé Pierre ABOULKER

Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien Chef du Service d'Urologie de l'hôpital Cochin

Qui nous a fait l'honneur de nous accueillir dans son service.

A Monsieur le Professeur MERLE d'AUBIGNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique et Réparatrice à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur de nous accepter dans son service et de nous donner l'autorisation de suivre les cours supérieurs de spécialisation en Chirurgie Orthopédique et Réparatrice.

A tous mes Camarades d'Internat et
de la Faculté de Médecine de
Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES ARTHRITES SUPPUREES

(non tuberculeuses)

CHEZ L'ENFANT.

-:-

- I -

AVANT-PROPOS

-:-

Tous les traités de pédiatrie, tous les ouvrages de pathologie ostéo-articulaire, font état des arthrites suppurées aiguës du nourrisson, en dehors de la tuberculose. Il s'agit donc d'une affection importante, soit par sa fréquence, soit par sa gravité, soit par les difficultés que soulèvent son diagnostic et son traitement.

Pourtant, la littérature médicale mondiale n'est pas riche en observations de cette sorte, et parmi les cas publiés ce sont surtout - ce qui se comprend d'ailleurs - les formes d'exception qui sont décrites. Nous pensons, en particulier aux arthrites gonococciques de la première enfance, étiologie qui, du fait du recul spectaculaire de la blennorragie depuis l'avénement des chimiothérapiques antigonococciques, doit représenter un diagnostic rarement recontré. Par contre, les infections staphylococciques du premier âge sont en nette recrudescence du fait même cette fois de l'antibiothérapie et de la résistance acquise par les germes pathogènes d'une part, de la destruction des souches saprophytes et antibiotosensibles, d'autre part.

Mais les déterminations osseuses d'infections microbiennes courantes semblent demeurer rares, ce dont il faut se féliciter. Pourtant, elles existent, et méritent, nous a-t-il semblé, une revue d'ensemble

exposant les différents aspects qu'elles sont susceptibles de revêtir.

C'est en particulier au niveau de l'articulation de la hanche que l'arthrite suppurée aiguë a été signalée chez le nourrisson, voire chez le nouveau-né, et aussi chez le prématuré .

L'apparition d'une arthrite suppurée aiguë de la hanche chez le nouveau-né et le nourrison représente une éventualité grave, imposant au pédiatre une décision d'urgence. C'est un problème assez rarement posé, mais dont la gravité immédiate et ultérieure commande la prise rapide de mesures appropriées.

Or, trop souvent le diagnostic est méconnu, il n'est porté que tardivement, alors que des lésions irréparables de l'articulation se sont déjà produites, avant même que la gravité de la maladie ait été pleinement réalisée. Il est certain que depuis ces quinze dernières années, l'introduction des antibiotiques a considérablement réduit la fréquence des lésions infectieuses ostéo-articulaires et ostéomyélitiques du jeune enfant. Pourtant, en dépit des moyens thérapeutiques actuels, BLANCHE indique que la fréquence de l'ostéomyélite chez l'enfant de moins d'un an n'a pas diminué. Peut-être que le nombre des arthrites suppurées aiguës de la première enfance n'a pas lui non plus régressé: c'est en effet une des causes principales de l'ostéomyélite, en dehors de la voie hématogène de l'infection.

Un diagnostic précoce de toute arthrite suppurée aiguë est absolument indispensable chez le nourrisson, et plus encore peut-être chez le prématuré, aux défenses organiques insuffisantes.

Si l'on tarde, on se trouve rapidement devant une destruction étendue, parfois totale, de la tête et du col fémoral, et alors se posent de difficiles, de délicats problèmes orthopédiques et chirurgicaux, dont les solutions ne sont jamais satisfaisantes. Or cette destruction osseuse est le trop fréquent aboutissement de l'arthrite suppurée aiguë de la hanche lorsque celle-ci évolue, méconnue, pendant une durée de temps variable, entre quelques jours à quelques mois.

o

En remontant de quelques décades dans la littérature médicale mondiale, nous avons trouvé des observations dans lesquelles l'étiologie microbienne était variable, de même que l'articulation atteinte. C'est ainsi que COOPERMAN, en 1927 signalait un cas d'arthrite gonococcique du nourrisson, nature bactériologique retrouvée également par BUTTI et CUCULLU en 1933 chez le nouveau-né et par GAING en 1941, avec une porte d'entrée gingivale chez un prématuré. BAGDLEY et collaborateurs, en 1936 avaient réuni 113 cas d'arthrite microbienne aiguë de la hanche chez le nourrisson et précisaient le résultat thérapeutique final. HARMON en 1942 a montré ce que l'on pouvait attendre de la correction chirurgicale de la déformation résiduelle de l'articulation coxo-fémorale atteinte chez le très jeune enfant. Dans toutes ces séries de cas d'arthrite suppurée aiguë de la hanche, le laps de temps écoulé entre le début des symptômes et l'établissement du diagnostic est toujours souligné. Or on sait que tout délai apporté au diagnostic et donc au traitement d'une arthrite pyogène aiguë est catastrophique, les constituants cartilagineux de l'articulation de la hanche chez le nourrisson peuvent être

détruits en quelques heures par une suppuration aiguë. NICHOLSON en 1949 a indiqué pour cette période écoulée entre les premiers signes et le diagnostic des délais variant entre cinq jours au plus tôt et trois mois au plus tard. BLANCHE donne une semaine au moins passée entre l'apparition des premiers signes locaux, l'enfant étant encore dans sa famille, et le premier examen fait par le médecin. ROSS a observé cinq cas d'arthrite aiguë suppurée de la hanche chez des prématurés qui n'avaient pas encore quitté l'hôpital; pourtant le diagnostic a souvent était tardif, entre six jours et seize mois.

ALTEMEIER et LARGEN ont indiqué les ressources de la chimiothérapie et de l'antibiothérapie dans les infections osseuses y comprises les arthrites du nourrisson. de WET à propos de cinq observations, montre les aspects de l'arthrite suppurée et de l'ostéomyélite secondaire chez le nourrisson (1954) JONES et RAMSAY en 1956 étudient la question tandis que BERAUD et MONNET décrivent les signes cliniques et radiologiques précoces des arthrites septiques de la hanche du prématuré (1959).

Très récemment enfin, OBLETS en 1960 a étudié l'arthrite suppurée aiguë de la hanche dans la période néonatale, tandis qu'en 1961, SPONZILLI et CALABRO ont apporté un nouveau cas d'arthrite gonococcique du nouveau-né.

o

Affection rare, l'arthrite suppurée aiguë du nourrisson n'en demeure pas moins une question à l'ordre du jour.

Pour notre part, nous nous proposons d'en envisager les divers aspects :

- étiologiques d'abord, en ce qui concerne l'âge des nourrissons atteints, la fréquence de la prématurité, le germe en cause;

- anatomocliniques ensuite, articulation atteinte, symptomatologie radioclinique;

- diagnostiques et thérapeutiques enfin, avec les moyens actuels : chimiothérapiques, antibiotiques, ponction chirurgie.

-:-

- II -

ETUDE ETIOLOGIQUE

-:-

a) âge. D'après les cas publiés dans la littérature, il apparaît que 60 p. cent des cas environ d'arthrite aiguë suppurée du nourrison se produisent avant l'âge de trois mois. Dans 78 p. cent des cas, l'infection ostéo-articulaire est survenue avant l'âge d'un an. Dans les 22 p. cent restants, il s'agit d'enfants entre un et deux ans.

Sur cinq cas personnels, I.S. de WET en compte trois survenus chez des enfants de moins d'un mois.

SPONZILLI et CALABRO ont apporté un cas d'arthrite migratrice chez un nouveau-né de quinze jours. OBLETZ a réuni 15 cas d'arthrite suppurée aiguë de la hanche dans la période néo-natale, avec neuf enfants nés à terme, et six prématurés.

b) prématurité. Cette notion de prématurité ajoute encore à la gravité du pronostic étant donné la fragilité du terrain sur lequel la lésion évolue.

ROSS a réuni cinq observations d'arthrite suppurée aiguë chez des prématurés. Les poids de naissance avaient été : 1956 grammes, 2155 grammes, 737 grammes, 1446 grammes et 1559 grammes. L'âge auquel les symptômes ont débuté a été de 15 jours dans deux cas, de 18 jours dans un cas, de sept jours dans un cas et de

4 jours dans le dernier cas.

BERAUD et ses collaborateurs ont étudié six observations d'arthrite septique de la hanche chez le prématuré, avec deux décès par staphylococcie pulmonaire, et trois cas de lésions articulaires graves persistantes.

o

c) Bactériologie

ALTEMEIER et LARGEN ont réuni 70 cas personnels d'arthrite suppuree aiguë de la hanche chez des sujets de tous les âges et ont pu en préciser l'étiologie microbienne comme suit :

- 29 fois staphylocoque doré hémolytique
- 25 fois gonocoque
- 2 fois streptocoque hémolytique
- 3 fois pneumocoque
- 3 fois méningocoque
- 2 fois H. influenza
- 1 fois B. paracolon
- 1 fois A. aerogenes
- 4 fois enfin le pus était stérile.

Les hémocultures ont été le plus souvent positives pour ces germes. Il semble bien que l'étiologie bactériologique soit sensiblement la même dans les cas de nourrisson. B.E. OBLETZ a observé 15 arthrites suppurées aiguës de la hanche à la période néonatale, avec une grande prédominance de staphylocoque pyogène hémolytique: celui-ci en effet était en cause chez 5 des 6 prématurés et chez 7 des 9 enfants à terme, y compris une atteinte coxofémorale bilatérale. Le germe pathogène a été isolé dans les hémocultures et dans le pus articulaire aspiré.

Si le staphylocoque doré est un germe pathogène fréquemment retrouvé dans les arthrites et de l'adulte et du nourrisson, par contre le gonocoque paraît rarement en cause chez le nouveau-né, ce qui s'explique par les circonstances étiologiques mêmes de la contamination. Dès 1885 pourtant, LUCAS avait décrit trois cas d'arthrite blennorragique du nouveau-né, associé à une ophtalmie gonococcique, et en l'absence de preuve bactériologique, avait supposé une relation de causalité entre les deux foyers infectieux. DEUTSCHMANN en 1890 fut le premier à isoler le gonocoque dans le liquide articulaire, et HOCH en 1893 réussit à faire pousser du gonocoque dans des cultures de liquide aspiré dans l'articulation. HOLT en 1905 réunit 26 cas d'arthrite blennorragique du nourrisson en souligna la gravité avec 14 décès. COOPERMAN en 1927 fut le témoin d'une vaste épidémie dans une Maternité de Philadelphie, avec sur un total de 182 naissances, 53 cas d'arthrite gonococcique parmi les nouveaux-nés, cas apparus en l'espace de deux mois. Comme tous les nourrissons appartenaient au même service, il fallut bien reconnaître l'existence de porteurs de germes infectants. Il n'y eut pas d'évolution mortelle dans ce groupe. Depuis, seuls des cas isolés ont été signalés. La source de l'infection, quel que soit d'ailleurs le germe en cause, mais a fortiori le gonocoque, peut être la filière génito-maternelle. Mais l'infection peut chez le nouveau-né emprunter toutes les portes d'entrées classiques, tous les orifices naturels, conjonctive, orifice anogénitaux surtout, mais aussi cavité buccale, cavités nasales, plaie ombilicale comme dans le cas de BUTTI et CUCULLU. COOPERMAN pour l'épidémie observée, a incriminé le thermomètre rectal, car de nombreux nourrissons

étaient atteints de rectite. Mais très souvent, on ne trouve aucun foyer d'entrée (FORSSELL).

Nous allons maintenant envisager les aspects anatomopathologiques et cliniques de l'arthrite purulente aiguë du nourrisson, articulations les plus souvent atteintes, nature des lésions, enfin symptomatologie initiale, puis période d'état et évolution si aucun traitement actif n'est intervenu: c'est alors l'ostéomyélite secondaire, et la destruction rapide et irréparable de l'articulation, avec ses funestes conséquences anatomiques et fontionnelles, en particulier lorsque c'est la région coxo-fémorale qui est intéressée.

-:-

- III -

ETUDE ANATOMOCLINIQUE

-:-

a) Articulation atteinte.

Ici encore, nous nous reporterons d'abord aux cas publiés sans distinction d'âge, afin d'augmenter le nombre des observations et de mieux apprécier les fréquences respectives des localisations articulaires de l'infection.

Les 70 cas d'adultes et d'enfants réunis par ALTEMEIER et LARGEN concernaient :

- 28 fois l'articulation du genou
- 11 fois l'articulation de la hanche
- 11 fois l'articulation de la cheville
- 8 fois l'articulation du coude
- 6 fois l'articulation du poignet
- 4 fois l'articulation de l'épaule
- 1 fois l'articulation sternoclaviculaire
- 1 fois l'articulation temporo-maxillaire.

Sur 5 cas, I.S. de WET relève :

- deux fois, une arthrite suppurée de la hanche avec ostéomyélite de la partie proximale du fémur;

- trois arthrites suppurées de l'épaule avec ostéomyélite de la partie proximale de l'humérus.

OBLETZ n'a recueilli que des arthrites de la hanche chez 15 nouveaux-nés, dont un cas bilatéral. Dans 11 cas il existait un foyer

d'ostéomyélite hématogène de la partie intra-capsulaire du fémur, et dans 4 cas de la crête iliaque. Dans tous les cas il y avait subluxation ou luxation de la hanche sur les clichés radiologiques: donc diagnostic tardif.

o

b) Symptomatologie. Malgré une symptomatologie qui devrait attirer l'attention, il s'écoule toujours une période de temps plus ou moins prolongée entre les premiers signes cliniques et le diagnostic, donc le traitement approprié.

ROSS a réuni cinq cas concernant des prématurés chez qui les premiers signes sont apparus entre le 4ème et le 18ème jour de la vie. Une porte d'entrée a été suspectée dans quatre cas: une ponction intra-veineuse fémorale, des excoriations cutanées rétro-auriculaires et axillaires, éruption cutanée pustuleuse, enfin phimosis suppuré. Les signes les premiers en date sont soit une tuméfaction et une chaleur locale de la région de la hanche, avec ou sans poussée thermique, soit encore la hanche en flexion permanente, par contracture. La fièvre élevée est inconstante, et ROSS ne l'a trouvée que de deux fois sur cinq. Le diagnostic avait envisagé une thrombophlébite dans un cas, un abcès de cuisse dans un autre, une cellulite dans un troisième cas. Chez deux malades il y eut rupture spontanée de l'articulation infectée, avec abcès de cuisse qui fut drainé par une incision, sans que l'on ait attribué les accidents à une atteinte de l'articulation coxo-fémorale. Des cultures n'ont été faites que dans trois cas, donnant un staphylocoque doré pyogène;

dans deux de ces cas, le diagnostic n'a été porté sur les clichés qu'après qu'une destruction étendue se soit produite, et une luxation pathologique, réalisée. L'aspiration de pus articulaire devait confirmer le diagnostic dans un cas:

- Cas 1 de ROSS: un prématuré de 1956 grammes, de sexe masculin et de couleur, est placé en couveuse, traité par des injections intra-musculaires de vitamine K; la courbe pondérale est lente et le poids de naissance n'est pas atteint au 12ème jour. A 14 jours, brusque hyperthermie, suivie d'une légère tuméfaction de la fesse droite, diagnostiquée cellulite et traitée par la pénicilline en injections toutes les quatre heures, et applications chaudes; un abcès superficiel se constitue trois jours plus tard sous le menton, et se draine spontanément. La jambe droite devient oedématiée faisant porter le diagnostic de phlébite. Une pustule infectée se constitue au pied gauche: la culture donne du staphylocoque doré. De ce que l'on considère un abcès de la cuisse droite on aspire du pus contenant du staphylocoque doré. Incision, aspiration, pénicilline au niveau des divers foyers, l'enfant atteint alors l'âge de 35 jours, et ce n'est qu'à ce moment, soit 20 jours après le début de la tuméfaction fessière, que le diagnostic radiologique est porté, ostéomyélite aiguë de la totalité du fémur, arthrite suppurée aiguë méconnue de la hanche avec luxation pathologique. Malgré un traitement orthopédique, immobilisation plâtrée, la luxation persistait 18 mois plus tard, étant donné la destruction complète de la tête et du col du fémur avec obliquité marqué de l'acétabulum. Les signes locaux auraient dû d'emblée entraîner un examen de l'articulation coxo-fémorale,

les 20 jours pendant lesquels fut appliqué un traitement pour "cellulite" et pour abcès ont permis à la lésion d'évoluer, avec installation d'une ostéomyélite chronique.

Cas 2 : ici encore, chez un prématuré de 2155 grammes, traité en couveuse et par des injections de vitamine K, une tuméfaction bilatérale des cuisses a entraîné le diagnostic de thrombophlébite. Un traitement antibiotique fit régresser les tuméfactions et la fièvre. Ce n'est qu'à l'âge de 16 mois lorsque l'enfant commença à marcher, que l'on constaté qu'un membre inférieur était raccourci, avec flexion par contracture, fémur court, télescopage du fémur par disparition de la tête et luxation pathologique de l'articulation.

Cas 3 de ROSS: Prématuré de 737 grammes qui pourtant survécut malgré des accidents infectieux cutanés; ce n'est qu'à l'âge de neuf mois que l'on constata la brièveté de la jambe droite, avec télescopage et hypermobilité de l'articulation de la hanche. Sur les clichés absence totale de la tête et du col du fémur droit, avec luxation: ces destructions irréparables s'expliquant par une arthrite suppurée aiguë de la hanche pendant la troisième semaine de la vie.

Cas 4 de ROSS: un des triplés nés prématurés pesant 1446 grammes, se développe correctement; mais à l'âge de six jours, apparaissent des pustules cutanées, contenant du staphylocoque. Au traitement antibiotique et vitaminique K on ajoute la pénicilline pour traiter ce que l'on diagnostique cellulite; des clichés considèrent les articulations coxo-fémorales comme normales. Ce n'est que trois semaines plus tard que de nouveaux clichés révèlent une ostéomyélite avancée

de tout le fémur et des os du bassin; sur les anciens clichés réexaminés, on trouve des signes de dislocation pathologique méconnue par arthrite suppurée aiguë de la hanche gauche.

Cas 5: un prématuré de 1559 g est mis en couveuse et traité par des injections de vitamine K; au quatrième jour, phimosis traité par des injections intra-musculaires de pénicilline et des applications locales: en même temps, on constate une induration chaude de la cuisse et de la fesse, avec contracture en flexion de la hanche gauche, douloureuse à la mobilisation. Sous le diagnostic de cellulite on donne de l'auréomycine sans succès, les clichés sont considérés comme normaux. Au septième jour on ponctionne la hanche gauche et l'on porte enfin le diagnostic d'arthrite suppurée aiguë. Huit mois plus tard les clichés montrent qu'il n'y a pas eu de destruction de l'articulation; ce qui illustre l'importance du diagnostic et du traitement précoces dans ce seul cas.

Les 15 observations de OBLETZ concernant toutes des arthrites suppurées aiguës de la hanche chez le nouveau-né permettent une certaine description clinique:

- la septicémie, étape qui précède la suppuration articulaire est difficile à objectiver chez le nouveau né. Pourtant elle peut être suspectée sur les constatations suivantes:

- présence d'une plaie ouverte, ou d'un foyer infectieux connu;

- mauvais état général et comportement inquiétant de l'enfant.

- refus de s'alimenter, ou regurgitation;

- cyanose pendant les repas;

- somnolence, ou irritabilité;

- ictère s'intensifiant;

- distension abdominale ;

- apparition d'oedème au niveau des extrêmités inférieures, de la région fessière, des organes génitaux;

- perturbation de la courbe pondérale jusque là satisfaisante;

- chute rapide du taux d'hémoglobinémie;

- élévation de la température.

Les cinq observations de I.S. de WET permettent de constater que le tableau clinique chez le nouveau-né et le nourrisson diffère de celui de l'arthrite suppurée aiguë chez l'adulte. Ici l'affection s'est présentée comme une septicémie transitoire, suivie d'une infection osseuse locale. Les réactions générales ont été relativement minimes. Du point de vue clinique, pronostique et thérapeutique, l'arthrite suppurée aiguë et l'ostéomyélite qui lui fait suite doivent être considérées chez le nourrisson comme une entité autonome. Le caractère minime des réactions générales dans la majorité des cas peut être dû au moins en partie au fait que pendant les premiers mois de la vie, le nourrisson n'a pas encore acquis la résistance voulue vis-à-vis des microorganismes pyogènes. Aussi des germes relativement peu virulents peuvent entraîner une destruction locale rapide et étendue. Dans trois cas de diagnostic tardif, S. de WET a constaté des lésions irréparables et il souligne l'importance d'une meilleure recon-

naissance de la symptomatologie: nourrissons chez qui les mouvements sont limités, ou qui présentent une pseudo-paralysie, ou une tuméfaction de la région d'une articulation: il faut alors immédiatement suspecter une arthrite suppurée aiguë ou déjà une ostéomyélite, malgré la discrétion des phénomènes généraux.

Dans le cas particulier d'une arthrite gonococcique, chez le nouveau-né les localisations sont souvent multiples, parce que les foyers sont migrateurs. On se trouve donc devant un tableau clinique différent de celui de l'arthrite suppurée aiguë d'une autre étiologie microbienne, surtout si celle-ci intéresse l'articulation coxo-fémorale.

Dans la majorité des cas, plusieurs articulations sont atteintes plus ou moins simultanément, avec cependant une prédilection pour les genoux et chevilles, bien que toutes les articulations puissent être affectées. Il est rare de noter une arthrite vertébrale, ou temporomaxillaire ou costosternale. L'arthrite gonococcique peut devenir apparente dès le cinquième jour de la vie; comme dans le cas de SPONZILLI et CALABRO, les voies génitales maternelles sont infectées. Chez cette petite fille de couleur née à terme en parfait état, c'est au treizième jour de la vie que sont apparues des tuméfactions douloureuses du genou gauche et de la cheville droite. La mère avait un écoulement vaginal important qui renfermait du gonocoque et qui fut traité par la pénicilline. Mère et enfant étaient sorties de la Maternité au cinquième jour. Déjà des tuméfactions articulaires étaient apparues dès le huitième jour au niveau de la main et du poignet gauches, qui régressèrent spontanément. Mais la tuméfaction du genou au 13ème jour fut assez importante pour motiver l'hos-

pitalisation sous le diagnostic de probabilité d'arthrite blennorragique néonatale aiguë. A ce moment la température était à 38°, le pouls à 132 avec une tachycardie sinusale. La seule constatation anormale était la tuméfaction articulaire avec limitation de la mobilité, le genou fixé en flexion à 75°. L'extension manuelle déclanchait les cris de l'enfant. La cheville droite était également atteinte. Une ponction retira du genou 4 cc d'un exsudat purulent jaune, abondant en leucocytes et contenant un diplocoque Gram négatif extra-cellulaire et intra-cellulaire, dont la culture montra la nature N. gonorrhoeae. Sur les clichés, pas de destruction osseuse ni cartilagineuse. On fait 300.000 unités de pénicilline-procaïne toutes les douze heures, avec un net résultat en 24 heures. Au quatrième jour la ponction resta blanche. Avec la régression du processus inflammatoire, la déformation en flexion a spontanément disparu. A l'âge de dix semaines, tout paraissait rentré dans l'ordre.

Dans cette étiologie gonococcique, certaines particularités cliniques sont à noter. L'infection étant habituellement contractée lors de l'expulsion, les premiers signes sont particulièrement précoces, du 5ème au 35ème jour; l'articulation atteinte présente les symptômes d'une arthrite septique généralement vers le 15ème jour de la vie en moyenne. Les tissus atteints peuvent être soit fermes, soit mous et fluctuants. Il peut se produire des abcès superficiels, une ténosynovite, une bursite, un abcès sous-périosté. La persistance de la collection articulaire est souvent due à l'inflammation des tissus péri-articulaires, et peut être confondue avec la réaccumulation de liquide épanché.

L'aspiration, alors, ne ramène pas de liquide. La paralysie flaccide observée est due à l'infiltration et l'oedème des nerfs moteurs périphériques qui longent l'articulation atteinte: on a ainsi porté des diagnostics de poliomyélite, de paralysie d'origine centrale.

Au début, les clichés peuvent montrer un épanchement, un oedème des tissus mous. En l'absence de traitement approprié ici encore on risque de voir la destruction du cartilage et l'ostéomyélite peut apparaître. Dans une série de COOPERMAN, 40 pour cent environ des cas ont comporté dès altérations radiologiques, sous la forme de résorption osseuse, foyers ostéomyélitiques, retard de développement des épiphyses. Avec le temps ces altérations ont subi une résolution spontanée, mais au prix d'une fréquente et grave séquelle l'ankylose.

C'est l'étude correcte du liquide articulaire ponctionné qui établit le diagnostic. A l'examen direct on voit parfois des diplocoques gram négatifs à la fois extra- et intra-cellulaires. En plaçant le liquide dans un milieu approprié on favorise la positivité de la culture. L'aspect macroscopique du liquide articulaire aspiré est variable, mais le plus souvent il est trouble et de couleur jaune verdâtre. Le nombre des leucocytes est habituellement élevé, de plus de 30.000 avec prédominance des polymorphonucléaires. Le précipitat mucinique est souvent peu abondant.

Quant au pronostic, il varie selon la précocité du diagnostic et du traitement. Dans la série de COOPERMAN, et malgré l'absence de traitement spécifique et de pénicilline

(les observations datent de 1928) la fonction articulaire a été le plus souvent conservée, ou peu altérée. Certains nourrissons ont présenté des séquelles précoces, contractures minimes, gonflement tissulaire, mais après un délai variable, le rétablissement fonctionnel a toujours été complet.

C'est en particulier la tuméfaction des tissus périarticulaires qui a été lente à à rétrocéder, et elle a pu persister encore deux ans et demi apres la disparition de l'infection articulaire. Pourtant il ne faut pas oublier que le grand et fréquent danger des arthrites gonococciques (ou d'autres étiologies microbiennes) lorsqu'elles intéressent la hanche, reste la luxation. Celle-ci est particulièrement favorisée par le jeune âge, les structures de l'articulation coxo-fémorale du nouveau-né étant rudimentaire, les ligaments ne sont pas adultes, l'acétabulum est peu développé. Quant au facteur favorisant la luxation, il relève surtout de la tension intra-articulaire accrue du fait de l'accumulation de l'exsudat inflammatoire, et de son action lytique à l'intérieur de la capsule articulaire (BLANCHE, NICHOLSON); le retard apporté au diagnostic d'infection de l'articulation coxo-fémorale aggrave encore le pronostic; et ces luxations persistent, les traitements orthopédiques échouant fréquemment.

-:-

- IV -

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

-:-

La rapidité évolutive des arthrites suppurées aiguës, la destruction accélérée des structures articulaires, l'installation d'une ostéomyélite d'abord aiguë, puis chronique, tout doit être mis en oeuvre pour s'opposer à cette succession d'étapes qui conduisent si vite à des dégâts irréparables.

Cl. BERAUD, P. MONNET et P. DEFFRENNE ont tout récemment cherché à préciser les signes cliniques et radiologiques précoces des arthrites septiques de la hanche chez le nouveau-né, en particulier prématuré. Car, disent ces auteurs, ces arthrites septiques de la hanche revêtent une particulière gravité en raison de la fragilité du terrain (nouveau-né, et a fortiori prématuré) sur lequel elles évoluent. Le staphylocoque doré pathogène garde la première place dans leur étiologie, à côté du pneumocoque, du pyocyanique et de l'entérocoque.

On se trouve devant un tableau d'infection torpide masquée par des troubles digestifs, au sein desquels il ne faut pas méconnaître les signes d'atteinte articulaire, toujours discrets et souvent trompeurs. Ils se limitent en effet, nous l'avons vu, à un oedème de la cuisse à une limitation des mouvements, à des contractures de la cuisse en flexion.

Des techniques modernes de radio-diagnostic avec agrandissement osseux, avec étude des parties molles, avec augmentation

des contrastes, par le Log-Etron, doivent permettent de déceler les signes a minima qui traduisent l'arthrite de la hanche au début:

- distension articulaire,

- tuméfaction des parties molles;

- dislocation des repères osseux.

Quant à la ponction exploratrice, elle apportera la preuve bactériologique de l'infection, et en même temps en orientera le traitement. Dans les observations de BERAUD, la gravité du pronostic non seulement local et fonctionnel, mais général et vital, apparaît par les chiffres suivants; six cas d'arthrite suppurée aiguë du nouveau-né prématuré ont donné :

- deux décès par staphylococcie pulmonaire;

- trois survies, mais avec lésions articulaires graves persistant dans les suites éloignées. "Seul un diagnostic clinique et radiologique précoce permettra d'améliorer ce pronostic péjoratif".

C'est également l'avis de ROSS pour qui le diagnostic ne devrait pas être méconnu, car dans chaque cas des signes sont apparus précocement, qui ont attiré l'attention vers la région de l'articulation intéressée. Le diagnostic différentiel en particulier doit être fait avec la cellulite, l'abcès superficiel, la trombophlébite. Il faut encore savoir exclure les traumatismes, les malforma-

mations congénitales, la poliomyélite aiguë. Il semble que ces diverses affections puissent être facilement distinguées, car la lésion septique de la hanche représente une infection aiguë, brutale, avec dans la grande majorité des cas, les quatre signes cardinaux d'une inflammation locale. Et si ces constatations sont faites dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale du nouveau-né; il faut se rappeler qu'un pyoarthrose aiguë est possible, et donc s'attacher à l'exploration de l'articulation elle-même, et non pas des parties molles sus-jacentes et des tissus superficiels.

Une fois que l'on a localisé l'atteinte à l'articulation de la hanche elle-même des signes physiques vont confirmer qu'il s'agit bien d'une affection intra-articulaire :

- contracture en flexion,

- limitation de l'abduction,

- pli fessier transversal plus profond que normalement, ou apparition d'un pli cutané supplémentaire.

Un nouveau-né couché sur le ventre ou sur le dos prend une attitude de grenouille avec les jambes fléchies et en abduction. Si l'on tire doucement et lentement sur une cheville et qu'on étend soigneusement la cuisse, on peut déceler la contracture en flexion de la hanche. Il peut être également nécessaire si l'on recherche cette contracture et cette flexion de chercher à obtenir en même temps l'extension du membre controlatéral. Puis on fléchira la cuisse du côté

opposé sur l'abdomen, et en même temps on recherchera l'amplitude d'extension dans l'articulation suspectée d'arthrite suppurée. La comparaison de la possibilité d'abduction avec la hanche fléchie à 90° avec l'abduction dont est capable la hanche de l'autre côté, permettra de conclure s'il y a ou non limitation de la mobilité. Chez la plupart des nouveau-nés; les cuisses peuvent être mises en flexion et abduction à l'horizontale. Une limitation de l'abduction doit être considérée comme pathologique, et correspond vraisemblablement à une luxation qui sera confirmée radiologiquement. L'anormale profondeur du pli fessier transverse, la présence d'un pli cutané supplémentaire, sont des signes de suspiscion, plus inconstants, que l'on peut trouver chez l'enfant normal. Pourtant leur présence jointe aux autres manifestations cliniques, en particulier la notion d'une inflammation locale et d'une réaction générale même minime, doit orienter vers le diagnostic d'arthrite suppurée. On le confirmera par une ponction intra-articulaire: le traitement dépendra des résultats de cette aspiration et de la nature de l'épanchement. Les clichés précoces n'apportent pas de contribution au diagnostic, car souvent les structures osseuses y apparaissent normales. Mais on répètéra l'examen radiologique qui confirmera ultérieurement le diagnostic clinique. Pour ROSS :

- tout nourrisson atteint d'infection même bénigne, doit être suspecté d'arthrite possible de la hanche;

- toute tuméfaction de la jambe, de la cuisse de la fesse doit être considérée comme susceptible de représenter un signe précoce d'arthrite suppurée aiguë de la hanche.

- tout nourrisson atteint d'infection doit être examiné quotidiennement en ce qui concerne la limitation de flexion et d'abduction des articulations coxo-fémorales, manoeuvre simple et rapide à exécuter sur l'enfant couché sur le dos.

°

Quant au traitement, il dispose, selon les cas, selon, aussi les phases évolutives de l'arthrite suppurée aiguë :

- des antibiotiques,

- des ponctions,

- du drainage chirurgical;

- puis des diverses ressources de la chirurgie ostéo-articulaire et de l'orthopédie.

Les antibiotiques actuels ont totalement transformé le traitement de l'arthrite aiguë purulente, raison à ajouter à celles qui commandent le diagnostic précoce. Il faut aussitôt que possible effectuer des hémocultures et des examens bactériologiques du pus articulaire ponctionné, afin d'isoler le germe pathogène responsable et d'établir par un antibiogramme le choix des mycothérapiques à utiliser. L'emploi du bactéricide approprié permettra de juguler rapidement l'infection, de supprimer la nécessité de l'incision articulaire et du drainage, d'éviter la contamination secondaire de l'articulation par des agents de surinfection ; on réduira ainsi la durée et la gravité de l'affection , on évitera ou on limitera la destruction du cartilage articulaire, la constitution de l'ostéomyélite secondaire. Ainsi s'assurera-t-on une guérison anatomique et fonctionnelle aussi satisfaisante que possible.

ALTEMEIER et LARGEN ont traité 70 arthrites aiguës suppurée chez des malades de tous âges, avec des étiologies microbiennes diverses, en appliquant ce plan thérapeutique aussi précocement que possible :

- diagnostic précoce,

- détermination de la nature du germe pathogène présent dans le liquide articulaire ponctionné et purulent: coloration, culture;

- établissement de l'antibiogramme;

- mise en oeuvre immédiate de l'antibiothérapie ainsi déterminée; repos, mesures générales.

Ce n'est qu'en cas d'échec de l'antibiothérapie locale et générale que le drainage chirurgical s'impose. Cette attitude a permis d'obtenir sur 70 cas, 44 guérisons complètes sans séquelles fonctionnelles, 18 bons résultats avec tuméfaction résiduelle; 6 résultats médiocres et deux échecs.

Chez le nouveau-né et a fortiori chez le prématuré, les résultats éloignés sont bien moins bons, et dépendent directement de la précocité du diagnostic du traitement; mais dans les premiers jours de la vie, précisément ce diagnostic est trop souvent méconnu. On risque alors une extension, une généralisation de l'infection, avec évolution souvent mortelle, ou au moins des séquelles anatomiques et fonctionnelles définitives. On voit toute l'importance de la précocité du traitement.

-:-

- V -

CONCLUSIONS

-:-

I. L'arthrite suppurée aiguë, considérée comme une éventualité relativement chez le nouveau-né, reste cependant un fait important en clinique pédiatrique, important par la gravité de son pronostic vital et fonctionnel, important par sa trop fréquente méconnaissance, important aussi par les possibilités thérapeutiques offertes par l'antibiothérapie à la phase précoce et par les fréquents échecs de la chirurgie osseuse et de l'orthopédie à la période des séquelles.

II. Tout se joue dans les quelques jours et semaines qui suivent les premiers signes cliniques. Aussi faut-il penser à une arthrite suppurée aiguë, en particulier de la hanche, la plus redoutable pour ses conséquences fonctionnelles, devant des signes d'infection locale et générale, même minimes, devant une limitation de la mobilité articulaire, devant une flexion par contracture.

III. L'examen radiographique est négatif au début de l'évolution clinique; le diagnostic de probabilité porté sur la symptomatologie cherchera confirmation par l'aspiration de l'épanchement purulent de l'articulation atteinte; examen et culture détermineront la nature du germe pathogène, l'antibiogramme orientera le traitement local et général.

IV. Ce n'est qu'en cas d'échec du traitement médical qu'il faudra recourir à l'incision et au drainage; toute infection articulaire persistante risque, chez le nouveau-né de détruire rapidement le cartilage, de permettre l'apparition de l'ostéomyélite et la destruction des structures articulaires. La surveillance radiologique en cours d'évolution aura permis de confirmer le diagnostic et d'apprécier l'évolution des lésions ostéo-articulaires et tissulaires.

V. Les observations continuent à montrer la gravité de l'arthrite suppurée aiguë du nourrisson, et à souligner l'étroit parallèlisme entre la précocité du diagnostic et la proportion des guérisons complètes obtenues. Toute infection néonatale doit faire penser à une arthrite suppurée; une surveillance quotidienne, quelques manoeuvres de mobilité articulaire, permettront de saisir à son tout-début une affection qui livrée à elle-même quand ce ne serait que quelques jours risque de comporter des séquelles définitives et irréparables.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : FEVRE

Vu :
Le Doyen :
signé: L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : J.H.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

W.A. ALTEMEIER, T. LARGEN
Antibiotic and chemotherapeutic agents in infections of the skeletal system.
Journ.Am.Med.Assoc.Cl pages 1462-1468 13 déc. 1952

Cl. BERAUD, P. MONNET, P. DEFRENNE
Les signes cliniques et radiologiques des arthrites septiques de la hanche du prématuré.
Soc.Nation.Méd. et Sc.Méd.Lyon 24 juin 1959

I.V. BUTTI, A.C. CUCULLU
Artritis gonococcica aguda del recienacido
Arc.Argent.Pediat.IV pages 203-212 mars 1933

M.B. COOPERMAN
Gonococcus arthritis in infancy
Am. Journ.Dis.Child XXXIII pages 932-948 juin 1927

I.S. de WET
Acute osteomyelitis and suppurative arthritis of infants. A short review with a description of five cases
S. Afriq.Med.Journ. XXVIII pages 81-86 30 jan.1954

E. GAING, S. COSSOY, D.A. GIRALDES
Arthritis gonococcica en un recién-

nacido prematuro; puerta de entrada gingival.
An.Soc.Puer.Buenos-Aires VII pages 83-91 avril-juin 1941

P.H. HARMON
Surgical treatment of the residual deformity from suppurative arthritis of the hip occuring in young children.
Journ.Bone et Joint Surg.XXIV pages 576-85 juil 1942

J.P. JONES, R.C. RAMSAY
Acute suppurative arthritis of hip in children
U.S. Armed Forces Med.Journ.VII pages 1621-1628 nov.1956

J.T. NICHOLSON
Pyogenic arthritis with pathologic dislocation of hip in infants
Journ.Am.Med.Assoc. CXLI pages 826-83I 19 novembre 1949.

B.E. OBLETS
Acute suppurative arthritis of the hip in the neonatal period
Journ.Bone et Joint Surg.XLIIA pages 23-30 janvier 1960

D.W. ROSS
Acute suppurative arthritis of the hip in premature infants
Journ.Am.Med.Assoc.CLVI pages 303-307 25 septembre 1954

E.E. SPONZILI, J.J. CALABRO
Gonococcal arthritis in the new-

born.
Report of a case and review of the literature.
Journ. Am. Med. Association CLXXVII pages 919-921 30 septembre 1961.

-:-

TABLE DES MATIERES

-:-

I. Avant-propos 19

II. Etude étiologique 24
a) âge 24
b) notion de prématurité 24
c) bactériologie 26

III. Etude anatomoclinique 28
a) articulation atteinte 28
b) symptomatologie 29

IV. Diagnostic et traitement 38

V. Conclusions 44

Bibliographie 46

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

-:-